

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean ARNON

Né au Coureau (Vienne), le 24 avril 1902

Ancien externe des Hôpitaux

Les Critériums de Guérison de la Syphilis

Président : M. CH. ACHARD, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1929

184

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean ARNON

Né au Coureau (Vienne), le 24 avril 1902

Ancien externe des Hôpitaux

Les Critériums de Guérison de la Syphilis

Président : M. CH. ACHARD, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILÉAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
	BRANCA.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROcq. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physiologie.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale
 RICHET. . . . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE. . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY. Stomatologie.
CHAILLEY-BERT Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES MAITRES

1922. M. le Docteur CAUCHOIX (*in memoria*)
chirurgien de l'Hôpital Beaujon.
1923. M. le Professeur Pierre DELBET, chirurgien
de l'Hôpital Cochin.
1924. M. le Docteur R. GRÉGOIRE, chirurgien de
l'Hôpital Tenon.
1925. M. le Docteur A. COYON (*in memoria*)
médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.
1926. M. le Docteur I. de JONG (*in memoria*), méde-
cin de l'Hôpital Ambroise-Paré.
1927. M. le Docteur RAMADIER, oto-rhino-laryn-
gologiste de l'Hôpital Ambroise-Paré.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ACHARD, médecin de l'Hôpital Cochin.

A M. le Docteur Charles FLANDIN, médecin de l'Hôpital Broussais.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les Critériums de Guérison de la Syphilis

GÉNÉRALITÉS

Le commencement du xx^e siècle marque dans l'histoire de la syphilis une étape d'une importance considérable.

C'est que, tant au point de vue clinique, bactériologique que thérapeutique, d'immenses progrès ont été accomplis.

Jusqu'à la fin du xix^e siècle, la syphiligraphie s'était à peu près exclusivement confinée au terrain de la clinique pure. Magistralement, Ricord, Diday, Bassereau, Fournier et leurs élèves, en avaient dépeint la physionomie, et il y a peu à ajouter à leurs descriptions.

Au début du xx^e siècle, la découverte du tréponème par Schaudinn et Hoffmann (1905), les études sérologiques, et particulièrement l'application au sérum des syphilitiques par Wassermann (1906) des découvertes de Bordet et Gengou sur les réactions de fixation, les inoculations à l'animal, singe puis lama et lapin, ont fait entrer la maladie dans une

nouvelle période toute expérimentale, éclairant ainsi quelques-uns des nombreux problèmes thérapeutiques qu'elle avait soulevés.

Ehrlich enfin, faisant connaître ses travaux de chimio-thérapie, et créant successivement le Salvarsan (606) puis le Néo-Salvarsan (914), bouleversait totalement la thérapeutique de la maladie.

Il apportait, en effet, avec ces produits, un moyen d'attaque d'une extrême activité, « *thérapia sterilisans magna* » disait-on ; permettant, grâce à ses combinaisons organiques, d'injecter sans danger à un sujet contaminé des doses d'arsenic qui seraient rapidement mortelles sous toute autre forme chimique, l'on se crut puissamment armé, définitivement armé, maître, en quelque sorte, de la syphilis.

C'est que les arsénobenzènes apparaissaient après l'ère des iodures et du mercure, aux résultats lents, parfois incertains, d'un maniement difficile, et l'on était frappé par l'action rapide et élective de ces produits nouveaux sur les manifestations de la maladie : cicatrisation précoce du chancre, disparition rapide des accidents cutanéomuqueux de la période secondaire, fonte prématurée des gommes, qui s'évanouissaient en quelques injections. Le Bordet-Wassermann devenait négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; on ne trouvait plus trace de tréponème ; on s'appuyait enfin sur quelques cas de réinfections, qui semblaient indéniables, pour affirmer la guérison.

Vraiment, l'on avait en main, pensait-on, le moyen

de juguler toutes les manifestations de la maladie, et la possibilité d'en suivre l'évolution par le laboratoire.

Ainsi, il y a quelques années seulement, la découverte du tréponème, d'une arme thérapeutique nouvelle et puissante, les études sérologiques qui en contrôlaient l'action, furent les trois grands faits nouveaux qui, bouleversant des idéesséculaires, en ce qui concernait l'effroyable péril vénérien, permettaient tous les espoirs.

Mais, rapidement, tomba cet enthousiasme. Si, là où les classiques ne le pouvaient, les méthodes nouvelles permettaient de rattacher à la syphilis certaines de ses manifestations, si elles permettaient de grouper sous son chef certaines affections obscures, telles les para-syphilis de Fournier, par contre le recul du temps, l'examen minutieux des malades et de leur descendance, ne tardèrent pas à démontrer l'illégitimité des espoirs qu'on avait fondés.

Certes, dans nombre de cas, l'on obtenait une guérison qui paraissait certaine et définitive. Mais, tantôt certains individus se montraient rebelles au traitement ; tantôt des malades considérés comme guéris, avec une sérologie négative, présentaient ultérieurement des accidents, survenant au bout d'un temps variable et souvent très long ; d'autres fois, la preuve de la non guérison s'affirmait par l'atteinte du conjoint ou l'entachement de l'hérédité ; l'on s'aperçut que les cas de réinfections qui semblaient certains étaient, bien souvent, sujets à

caution, et qu'enfin il convenait d'être prudent dans l'interprétation des résultats fournis par la réaction de Bordet-Wassermann.

Et devant des résultats souvent décevants, certains syphiligraphes, de plus en plus nombreux, se sont demandés s'il existait des preuves tangibles de guérison de la syphilis ; si, même après un traitement bien conduit, il était permis d'affirmer au malade sa guérison ; si enfin, il existait vraiment des « critères de guérison de la syphilis ».

Mais nous proposons de passer en revue ces critères, et nous verrons qu'en réalité, ni la clinique dit le laboratoire ne peuvent fournir la certitude de la guérison.

Et nous nous demanderons quel est le rôle du médecin en matière de syphilis, quel but il doit poursuivre, quelle doit être son attitude auprès du malade, quels conseils, enfin, il peut lui donner en ce qui concerne les graves questions du mariage et du traitement général de sa morbidité.

LES CRITÉRIUMS FOURNIS PAR LA CLINIQUE

La clinique pure est-elle suffisante pour affirmer la guérison d'une syphilis traitée ou non traitée ? En aucun cas.

Certes, il semble bien qu'il existe des faits réels de guérison spontanée. Milian rapporte des cas fréquents de syphilitiques qui s'étaient à peine soignés, et qui n'ont contaminé ni leur femme ni leur descendance : « Il m'arrive à tout instant, écrit-il, de rencontrer le cas suivant : un sujet ayant contracté la syphilis trente ou quarante ans auparavant, vient me trouver à l'âge de 60 ans, et me dit : « J'ai une famille nombreuse, trois ou quatre enfants, tout le monde est bien portant, ma femme n'a jamais fait de fausse couche, et cependant je suis toujours dans la crainte d'un accident quelconque chez moi et autour de moi, car j'ai eu la syphilis il y a une quarantaine d'années, j'ai eu la roséole, des plaques muqueuses, j'ai pris quelques pilules, je me suis marié au bout de trois années, autorisé par mon médecin, mais je me demande s'il n'y a pas une menace pour ma famille. » Eh bien, il arrive souvent, en pareil cas, qu'après examen de tous les membres de la famille, examen du père, de la mère,

des enfants, on ne trouve absolument rien, aucun signe de syphilis, aucun stigmate de dystrophie chez les enfants, aucune réaction sérologique dans la famille. N'est-on pas autorisé, dans ces conditions, à penser que la syphilis du père est guérie, et a guéri toute seule ? »

Il semble donc que la syphilis puisse guérir spontanément, et à plus forte raison, si elle a été convenablement traitée.

Mais encore faut-il s'entendre sur la signification du mot « guérison » ? certes, si l'on entend par ce mot l'absence d'accidents ultérieurs pendant de longues années, si l'on a l'impression clinique, confirmée par le laboratoire, comme nous le verrons, que la maladie est vaincue, il semble que l'on puisse parler de guérison.

Mais l'on connaît bien, de nos jours, la marche capricieuse de la maladie, et que ne régit aucune loi ; on connaît bien son évolution qui se fait souvent par poussées succédant à des périodes de latence complète pendant lesquelles la maladie ne présente aucun signe d'atteinte organique ; observé dans une de ces phases d'accalmie, surtout si elle dure depuis longtemps, et si elle est très éloignée de la date de l'accident primitif, certes, on peut dire que, cliniquement, le malade est guéri.

Mais que survienne une cause favorisante quelconque, un traumatisme parfois, une infection aiguë surtout, comme l'a montré Gougerot, rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, entérite,

pneumococcémie, grippe, angine aiguë, scarlatine, et on pourra voir une syphilis acquise, jusque là latente, souvent méconnue ou oubliée, reprendre son évolution, et, bien souvent, se fixer avec prédilection sur l'organe que cette infection aiguë frappe le plus volontiers ; puis, après la phase aiguë, laisser un processus chronique, mixte parfois, mais aussi, souvent, uniquement syphilitique. Et l'on comprend que si l'on ne recherche pas cette association syphilitique, et si l'on n'applique pas le traitement spécifique, la thérapeutique ordinaire sera décevante.

Et ce que Gougerot a mis en évidence dans le domaine de la syphilis acquise, Hutinel et Nadal l'avaient déjà montré dans celui de la syphilis héréditaire.

Des faits de « réactivations » semblables ne permettent pas de parler de guérison de la syphilis ; il vaut mieux dire que la maladie, cliniquement guérie, n'est peut-être pas guérie au sens biologique du mot. Le sujet est en bonne santé apparente, l'examen complet ne révèle aucune atteinte ; rien ne permet de penser à la syphilis, en un mot : il n'est plus malade, mais, pour une cause quelconque, parfois si minime qu'il semble ne pas y avoir de cause, il peut présenter, à une époque quelconque, une poussée qui se traduira par de nouveaux accidents ; l'organisme était donc resté, sinon malade, tout au moins infecté.

Certes, ces périodes de latence peuvent être

d'une durée considérable, et c'est justement ce qui vient compliquer le problème : un entr'acte de trente à quarante ans est chose fréquente ; Fournier cite un cas où il fut de 55 ans. Collard dans sa thèse (1897) rapporte une période de latence de 67 ans ; Leloir une observation où cette durée fut de 64 ans ; et plus près de nous, de nombreux auteurs ont rapporté des cas semblables, d'une latence considérable : tels celui de Boas, qui fut de 62 ans ; celui de Milian, vieillard qui commença une hémiplegie par artérite cérébrale à 70 ans ; celui de Cl. Simon, malade qui eut son chancre à l'âge de 15 ans, et commença un tabès à 75 ans ; celui de Gougerot, vieillard qui fit de l'aortite à 80 ans et avait contracté son chancre à l'âge de 17 ans. Si ces malades avaient été examinés quelque temps avant l'apparition de leurs nouveaux et tardifs accidents, nul doute qu'on ne les eut cités comme des exemples de la guérison spontanée de la syphilis.

Et ces intervalles sont encore beaucoup plus longs en ce qui concerne la syphilis héréditaire : Fournier cite des cas de 60 et 70 ans ; il est vrai qu'à cette époque, l'auteur ne pouvait se baser uniquement que sur les faits cliniques, et ne possédait pas les épreuves sérologiques qui nous permettent actuellement, parfois mais non toujours, de mettre en évidence l'existence de la maladie pendant ses entr'actes cliniques.

Ainsi, la connaissance plus exacte de la maladie, les observations étayées sur un grand nombre d'an-

nées, nous montrent qu'il est impossible de se baser sur la clinique pure pour établir la guérison de la syphilis, et que l'on risquerait fâcheusement d'interpréter comme une guérison une période latente de grande durée.

De la réinfection, nous ne parlerons pas ici à dessein ; un chapitre sera réservé à cette importante question qui apparaissait comme le meilleur critérium de guérison. Disons simplement qu'à mesure que les faits sont mieux analysés, il devient de plus en plus difficile d'en admettre la réalité, que ses limites avec la superinfection deviennent de plus en plus imprécises, qu'enfin, pour nombre d'auteurs, elle ne présente plus le caractère probant qu'on lui reconnaissait il y a quelques années.

Les réactions humorales, sur lesquelles tant d'espairs avaient été fondés, pourront-elles nous permettre de poser ce diagnostic de guérison certaine que nous refuse la clinique ? Est-là, vraiment, le critérium cherché ?

LES CRITÉRIUMS FOURNIS PAR LE LABORATOIRE

Au cours de l'évolution d'une telle infection, capable de longues période de silence, pendant lesquelles la clinique est impuissante à distinguer une simple accalmie d'une guérison complète, la possibilité de mettre la maladie en évidence par des moyens de laboratoire, et même d'en mesurer l'intensité; comme l'ont voulu certains auteurs (Vernes), c'est évidemment là l'idéal.

Disons déjà que ces réactions sont nombreuses, que de nouvelles sont fréquemment proposées, indice même de l'imperfection de celles que nous employons que, d'une manière générale, leur technique est des plus difficiles, et les causes d'erreurs multiples: c'est dire qu'il faudra s'entourer pour les réaliser, d'un maximum de conditions optima, et les confier à un personnel entraîné.

Nous ne rappellerons pas sur quels principes est basée la première, la plus célèbre, la plus journellement employée de ces réactions, la réaction dite de Bordet-Wassermann, que l'on pratique dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Rappelons simplement que Wassermann a appliqué en 1906

au sérum des syphilitiques les idées de Bordet et Gengou.

Cette réaction ne nécessite pas moins :

D'un antigène : extrait de foie syphilitique ;

D'une sensibilisatrice : le sang à examiner, chauffé préalablement à 55 degrés, pour détruire le complément ;

D'un complément : sérum de cobaye, pour la première partie de la réaction ;

D'une sensibilisatrice hémolytique : sérum anti-mouton ;

D'un antigène du système hémolytique : globules de mouton pour la deuxième partie de la réaction.

D'emblée, trois faits s'avèrent :

1^o C'est une réaction compliquée, donc soumise à des erreurs nombreuses ;

2^o Ce n'est pas une réaction biologique : les termes de sensibilisatrice et de complément ne désignent pas des substances isolables, mais s'appliquent, en réalité, à des propriétés physico-chimiques particulières des sérums ;

3^o L'antigène employé n'est pas spécifique ; l'idéal serait l'emploi d'une culture pure de tréponèmes ; devant cette impossibilité, Wassermann, eut l'idée d'employer l'extrait de foie de nouveau-nés syphilitiques qui en pullule ; mais il faut remarquer que les mêmes résultats peuvent être obtenus avec d'autres substances, cœur de bœuf ou de cheval, subs-

tances chimiques, telles que : taurocholate ou glycocholate de sodium, cholestérine, lécithine...

La réaction de Wassermann n'est donc pas spécifique comme le pourrait être une réaction où l'antigène serait constitué par une culture pure de tréponèmes.

Cette réaction, nous l'avons dit, est très compliquée ; il est souvent mal aisé d'en lire les résultats avec certitude. Vernes a bien tenté d'établir une échelle colorimétrique (syphilimétrie), dans laquelle l'intensité de la réaction est mise en évidence par des colorants ; elle n'est pas entrée dans la pratique. Surtout, il faut rappeler la réaction d'Hecht Weinberg, qui tente de simplifier la réaction de Wassermann, et basée sur l'utilisation du complément naturel et des hémoglobines anti-mouton naturelles contenues dans le sérum humain.

Quelle est la valeur de la réaction de Wassermann type et de celles qui en dérivent ?

La question est pendante, des plus discutées, mais il s'avère que sa valeur absolue perd pied de plus en plus.

Pour Nicolas et Gaté (de Lyon), la réaction serait positive chez 39 % des sujets non syphilitiques (rapports 1914-1920).

Maurice Renaud déclarait le 4 août 1924 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, qu'elle n'était qu'un indice dans 50 % des cas seulement.

Gougerot, au Congrès de Dermatologie et Syphi-

ligraphie de Bruxelles (1926), montrait combien la réaction était souvent paradoxale.

Et tout d'abord, puisque cette réaction n'est pas spécifique, la trouve-t-on en dehors de la syphilis ?

D'une façon générale, la réaction n'existe en dehors de la maladie que dans des circonstances exceptionnelles : elle a été cependant observée au cours de certaines maladies exotiques ; pian et lèpre surtout, au cours de laquelle la négativité ne serait jamais obtenue (Milian).

Notée au cours du paludisme, elle serait due, en réalité, à l'infection syphilitique concomitante.

Souvent constatée, au cours de l'ictère, on avait tout d'abord pensé que la présence dans le sang des éléments de la bile, faussait la réaction ; en réalité il n'en est rien, et il semble démontré qu'il s'agit, en l'occurrence, d'ictères d'origine syphilitique.

De même, au cours de la scarlatine, celle-ci intervient, en réalité, pour réveiller une infection latente : La séro-réaction, d'abord négative, apparaît dès le début, augmente d'intensité pour décroître ensuite, à mesure que la maladie infectieuse s'éteint (Milian).

De même l'herpès et le chancre mou sont capables d'une telle « réactivation », compliquant ainsi un diagnostic, ces affections siégeant électivement au niveau des organes génitaux, et pouvant simuler un accident primitif.

Un grand nombre d'autres infections peuvent, nous l'avons vu, réveiller la syphilis latente, don-

ner une sérologie positive, être le point de départ d'accidents ultérieurs ; nous n'y reviendrons pas.

Ainsi, la réaction de Wassermann positive, a une valeur diagnostique considérable ; toute réaction positive doit faire suspecter la syphilis.

Mais ce qui complique les choses, c'est que la réaction pêche souvent par défaut.

Voyons donc quelle est son allure générale aux différentes époques de l'infection, et dans quelles proportions elle se manifeste au cours de ces périodes :

La réaction évolue au cours même de la maladie : d'après la statistique de Cl. Simon, elle est « généralement » négative pendant les quinze premiers jours du chancre, et « généralement » positive à partir du vingt-cinquième jour ; entre le quinzième et le vingt-cinquième jour existe une période floue, pendant laquelle la réaction est tantôt positive, tantôt négative. Mais les variations sont fréquentes : on a signalé des Wassermann positifs dès le septième et huitième jour, et des Wassermann retardés, n'apparaissant que le quarantième, cinquantième, centième et même cent-cinquantième jour.

Mais le pourcentage croît considérablement à mesure que l'on approche de la période secondaire ; et l'on arrive, à cette période, à obtenir du 100 pour 100 de positivité. C'est là l'acmé de la réaction. Ces taux diminuent ensuite progressivement, et pendant les périodes latentes secondaires, on ne trouve plus guère qu'une positivité de 60 à 80 %. A mesure

qu'on se rapproche de la période secondaire, les résultats deviennent de plus en plus importants, et pendant les périodes latentes de la syphilis tertiaire, les cas de positivité deviennent de plus en plus rares ; et si l'on trouve des gens infectés depuis 20 ou 30 ans, et qui n'ont pas présenté d'accidents cliniques, avec un Wassermann positif, par contre, l'on a pu observer des syphilis tertiaires typiques, avec Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

De ce court aperçu, il ressort donc que, au début, la réaction n'apporte aucune donnée, puisque, en règle, elle n'apparaît que vers le quinzième ou même vingt-cinquième jour du chancre.

A la période secondaire, la réaction a évidemment une grosse valeur ; mais nous avons dit qu'il existait des Wassermann retardés ; dès l'instant, la réaction perd sa valeur absolue.

A la période tertiaire, on ne saurait se fier aux résultats de la réaction : positive, elle risque de faire attribuer à la syphilis une gomme sporochéto-sique ou une tuberculose du foie (Cl. Simon). D'autre part, elle est négative dans un quart des cas (Milian), tandis que l'individu est infecté, comme pourront le prouver des accidents ultérieurs ; et « nous ne citerons que pour mémoire les faits bien connus de nouveau-nés morts prématurément et de fœtus macérés, dont la rate et le foie pullulent de tréponèmes, et issus de parents d'apparence sains et cliniquement guéris ; si ceux-ci ont pu les trans-

mettre, c'est qu'ils les recélaient à l'état actif, momentanément inoffensifs pour eux, mais prêts à reprendre leur virulence » (Ch. Flandin).

Dès 1910, Milian a montré que les substances médicamenteuses employées étaient capables, très fréquemment mais non de façon constante, de « réactiver » la réaction. Nous avons déjà insisté, à plusieurs reprises, sur la possibilité d'un réveil de la maladie sous l'influence d'une infection aiguë, d'une septicémie ; Milian a montré que sous l'action du médicament, et le plus souvent le 914, on pouvait observer une réaction positive, alors que les réactions antérieures étaient devenues franchement négatives. Et, dit Milian, « la réapparition de cette réaction indique de manière absolue que le tréponème pullule à nouveau et fait, quelque part dans l'économie, un foyer qui, à un moment donné, pourra constituer une lésion viscérale de nature syphilitique ».

Ces faits, bien que niés par certains auteurs étrangers (R. Krefling), paraissent probants et fréquents, et doivent être recherchés chez tout malade suivi.

Milian, allant plus loin, a fait remarquer que, pour un malade donné, une substance médicamenteuse spécifique était seule capable de régénérer la virulence de l'infection : pour l'un, et c'est le plus fréquent, ce sera le 914 ; pour un autre, le bismuth, le mercure..., et il conclut, opinion d'ailleurs discutable que, dans le traitement de la maladie, il vau-

dra mieux utiliser, d'une manière suivie et à peu près exclusive, les substances qui maintiennent la réaction négative, plutôt que celles qui la font devenir positive.

On fera donc une réactivation : trois injections intraveineuse de 914, par exemple ; et, comme le conseille Milian, on fera trois prises de sang, 5 jours, 15 jours et 25 jours après ce traitement ; c'est la prise du quinzième jour qui se montre, en général, positive. Mais il y a parfois des réactions précoces et des réactions tardives, d'où l'utilité des trois prises étalées du cinquième au vingt-cinquième jour.

Et, dit Milian, « si la réaction ainsi pratiquée est absolument négative, si le liquide céphalo-rachidien lui-même n'a pas été réactivé davantage par le traitement d'épreuve, les chances de guérison du sujet sont extrêmement grandes ; mais il ne nous est pas permis, dans l'état actuel de la science, de dire que la guérison est certaine et absolue ».

Nous sommes donc bien loin de l'optimisme de Thiberge qui concluait : Bordet-Wassermann négatif, absence ou guérison de la syphilis ; ou de celles de Vernes, qui n'aurait jamais vu une réaction redevenir positive après huit mois de négativité persistante.

La conclusion qui s'impose et donc celle-ci :

Wassermann positif : grosse probabilité de syphilis.

Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien : absence de syphilis ? Syphilis

guérie ? Non, et nous citerons à nouveau Milian : « Il ne faut jamais répudier la syphilis sur la foi d'une réaction négative, même lorsqu'il y a simple suspicion de la nature syphilitique d'un accident ou d'une maladie. J'ai toujours présente à la mémoire l'histoire d'une femme mariée à un syphilitique dont la séro-réaction était fortement positive, et qui, contaminée autrefois par le dit mari, avait elle-même une réaction négative. Or elle fit, avec des réactions négatives, de nombreuses fausses-couches, malgré des traitements assidus, et elle mourut d'une paralysie, avec une réaction de Bordet-Wassermann négative. »

D'autre part, Flandin écrit : « Telle syphilis maligne précoce s'accompagne d'un Wassermann négatif ou subpositif, alors qu'une syphilis réduite à des manifestations éphémères et discrètes sera très dure à négativer. »

La réaction de Bordet-Wassermann a donc un gros intérêt au point de vue du diagnostic positif de la maladie. Elle a un intérêt certain comme guide thérapeutique, mais sa valeur n'est pas absolue : négative, elle ne saurait affirmer que la syphilis n'est pas en cause, ou que la syphilis est guérie ; elle ne saurait, en aucun cas, constituer un critérium de guérison ; affirmer à un consultant qu'il est syphilitique est chose possible ; affirmer qu'il n'a pas la syphilis ou qu'il en est guéri est au-dessus de nos ressources présentes.

Comme l'écrit Milian, « la certitude mathématique

n'existe guère, mais l'observation clinique, aidée de la recherche répétée de la séro-réaction par des méthodes sensibles, couronnée par l'épreuve de la réactivation, permet d'augurer d'un excellent avenir du patient qui en a été l'objet, et d'*espérer* que ce sujet est guéri. »

Mais de certitude aucune, de critère aucun ; l'apparence de précision mathématique de la réaction donnerait au malade et au médecin une sécurité trompeuse ; la suivre aveuglément comme on le fit autrefois est un danger.

La réaction sérologique doit être considérée comme un symptôme de la maladie, comme une de ses manifestations, au même titre que la roséole, l'ulcération muqueuse, la gomme. « Le renseignement sérologique ne constitue qu'un élément de l'enquête, il demeure insuffisant pour entraîner la certitude en l'absence de tous signes cliniques. »

« La réaction de Wassermann n'est qu'un symptôme, qui n'a pas plus de valeur que les autres symptômes cliniques de la syphilis, qui n'a pas de valeur absolue en lui même. On n'a pas plus le droit de considérer un syphilitique comme guéri définitivement parce que la réaction de Wassermann est restée négative depuis longtemps, qu'on a le droit de le regarder comme guéri parce qu'il est resté plus ou moins longtemps sans présenter de roséole, de plaques muqueuses, de gommès, etc... Cesser tout traitement parce que la réaction de Wassermann est négative est une grave imprudence à mes yeux.

Attendre que la réaction de Wassermann redevienne positive pour reprendre le traitement, c'est revenir en réalité au traitement opportuniste d'autrefois, c'est attendre le retour d'une manifestation syphilitique pour traiter, c'est faire un grand pas en arrière dans le traitement de la syphilis. J'en dirai autant de la conception qui base sur l'apparition des altérations du liquide céphalo-rachidien la reprise du traitement... c'est attendre que l'incendie ait envahi la maison pour le combattre, au lieu d'étouffer le foyer que l'on sait couvrir quelque part... Suivant le vieil adage, mieux vaut prévenir que guérir. »

Les autres procédés de laboratoire ne nous donneront pas plus de renseignements. Nous avons vu d'ailleurs, que la plupart dérivent de la réaction de Wassermann.

Si la réaction de Hecht est plus souvent positive que celle de Wassermann, si elle apparaît plus tôt après le chancre et disparaît plus tardivement au cours de l'évolution de la syphilis, elle ne saurait lui être, cependant, préférée : elle laisse passer des cas nets de syphilis avérée, et d'autres fois, donne des résultats faussement positifs ; employée seule, elle peut fournir des résultats erronés, mais associée à la réaction de Wassermann, elle donne des renseignements de grosse valeur, et permet de poser un diagnostic de laboratoire aussi exact que possible.

La réaction pratiquée avec l'antigène de Démoulières aurait une sensibilité encore plus grande et se

montrerait positive dans les trois quarts des cas de syphilis ; mais, elle aussi, n'est pas une réaction spécifique.

Les autres méthodes, lutéine-réaction, séro-agglutination, protéino-réaction, sont des procédés à l'étude et ne sont pas encore entrés dans la pratique.

Mais il est remarquable de constater que, de tous côtés, les chercheurs essaient de trouver une réaction sérologique plus simple d'exécution que la réaction de Bordet-Wassermann, et aussi plus sensible, et c'est là un indice même de l'imperfection de celle-ci.

Quant à la recherche du tréponème, on sait combien elle est décevante dans la plupart des cas en dehors de l'accident primitif et des plaques muqueuses ; elle ne saurait entrer en ligne de compte.

L'examen du liquide céphalo rachidien peut-il nous donner cette sécurité que nous avons jusqu'ici cherché en vain ? Certes, il est capital, du point de vue du diagnostic, de constater une lymphocytose et une hyperalbuminose persistante, de même la constatation d'un liquide normal est un gros argument ; mais, dit Flandin : « en quoi le retour à l'intégrité des méninges, accompagnant chez un malade énergiquement traité le blanchiment cutanéomuqueux, impliquera-t-il la disparition du tréponème dans le foie, le rein, l'aorte ou les ganglions médiastinaux ? » Les cas ne sont pas rares, d'ail-

leurs, dans lesquels on a observé des artérites cérébrales avec un liquide normal.

Gougerot rapporte les cas de deux paralytiques généraux et de trois tabétiques auxquels une ponction lombaire avait été pratiquée à l'occasion d'autres affections, et dont le liquide céphalo-rachidien s'était montré normal plusieurs années avant l'apparition de la paralysie générale ou du tabès.

R. Bernard, au Congrès de Dermatologie et Syphiligraphie de Bruxelles, 1926, concluait : « Depuis trois ans que je me suis mis à réviser tous mes syphilitiques par l'examen du liquide céphalo-rachidien, j'en ai pratiqué des centaines et j'en suis arrivé à croire ceci : trop de syphilis, surtout celles chez lesquelles le traitement de début a contrarié l'immunité, donnent, des années après, et malgré toutes les apparences cliniques et sérologiques de guérison, un liquide pathologique. Inversement, j'ai vu et publié des observations de malades offrant toutes les garanties de guérison clinique, sérologique et céphalo-rachidienne, faire brusquement, un mois après ces épreuves, une vaste explosion cutanée et muqueuse. Où le tréponème avait-il été se nicher ? »

Enfin, R. Waucomont, cité par Gougerot, concluait que « l'intégrité du liquide céphalo-rachidien n'est pas une garantie contre une future altération nerveuse. »

Ainsi, ni la clinique, ni la sérologie, ni l'examen du liquide céphalo-rachidien, ne permettent de

suivre l'évolution de la syphilis ; s'ils peuvent poser le diagnostic de la maladie dans des cas fréquents mais non constants, ils ne sauraient conclure à l'absence ou à la guérison de celle-ci.

L'ARGUMENT DES RÉINFECTIONS

Elles constituaient, il y a encore peu d'années, l'un des meilleurs arguments en faveur de la guérison de la syphilis.

Le fait qu'un individu, autrefois contaminé, traité ou non traité, était susceptible de contracter à nouveau la maladie, de présenter un nouveau chancre, une nouvelle roséole, semblait être le témoin certain de l'intégrité acquise de l'organisme.

En effet, il fallait, admettait-on, pour que la contagion puisse avoir lieu, que l'organisme ait perdu l'immunité ; et s'il l'avait perdu, c'est donc qu'il s'était totalement et définitivement débarrassé de ses tréponèmes.

Quelle est donc la conception de l'immunité syphilitique, et quelles conclusions pouvons-nous en tirer en ce qui concerne les réinfections.

Longtemps il a été admis qu'une première contamination immunisait l'organisme et le mettait à l'abri d'une nouvelle infection ; mais cet organisme n'est pas immunisé contre son propre virus, puisque, après l'accident primitif, vont apparaître des accidents secondaires et tertiaires.

D'autre part, il semblait que l'organisme, sensible

à son propre virus, était immunisé contre un nouveau virus étranger : cependant, on a publié, depuis quelques années, des cas de réinfection nombreux, dont certains semblent indiscutables et tendent à démontrer que l'organisme peut contracter une deuxième fois la syphilis.

D'une façon générale, voici ce qu'on observe en ce qui concerne l'immunité aux différentes époques de la maladie : pendant la période d'incubation, la syphilis peut être réinoculée; l'expérience sur le singe a vérifié ce qu'affirme la clinique : il n'y a donc pas d'immunité pendant cette période, ou plutôt il n'y a qu'une ébauche d'immunité, car l'incubation et la durée du deuxième chancre sont écourtées.

A la période du chancre, l'inoculation au porteur est encore possible pendant les 8-10 premiers jours (Queyrat), jusqu'au trente et unième jour du chancre (Marcel Pinard). La clinique connaît bien la possibilité de ces chancres successifs, différents du premier par la plus courte durée de leur incubation (12-14 jours au lieu de 25), et leur aspect papulo-squameux (Cl. Simon).

A cette période, l'immunité n'est donc pas complète ; elle est cependant plus marquée que pendant l'incubation.

C'est pendant la période secondaire que l'immunité est certainement la plus complète : l'inoculation expérimentale a presque toujours échoué à cette période ; c'est là l'acmé de l'immunité ; en

effet, elle décroît à partir de ce moment, et à la période tertiaire, l'inoculation ne reproduit plus un chancre typique, mais des accidents rappelant les lésions tertiaires : c'est la pseudo-réinfection, la syphilis tertiaire chancriforme.

Deux ordres de faits sont donc à distinguer : dans une première phase de la maladie, il est possible d'inoculer du virus à un organisme déjà infecté : il s'agit de superinfection, accident local, n'augmentant pas la virulence de l'infection ; dans une deuxième phase, on inocule le virus à un organisme qui paraît guéri ; il s'agit de réinfection, qui, au contraire, va se comporter comme une deuxième infection.

On voit donc, d'après ce qui précède, quelle preuve décisive semblent apporter le cas de réinfection :

Puisqu'un sujet autrefois contaminé est susceptible de contracter à nouveau la syphilis, de se réinfecter, c'est donc qu'il a perdu son immunité ; s'il l'a perdue, cette immunité particulièrement tenace, on l'a vu, contre un virus étranger, c'est donc qu'il était devenu indemne, qu'il était guéri. On voit combien ce raisonnement est séduisant, et à défaut d'autres tests, on a publié de nombreux cas de réinfection qui, tous, tendent à prouver cette guérison.

Depuis que Milian, le premier, les a mis en évidence, ces cas sont de plus en plus nombreux : s'il paraît que beaucoup doivent être tenus pour sus-

pects, par contre certains semblent indubitables ; tels sont entre autre ceux rapportés par Gougerot et Perrel, par Mouradian, par Reitner, Hudelo et Rabut, Lafourcade, par Petges et Linard (de Bordeaux) ; celui-ci paraît particulièrement net, et nous le rapporterons :

M. D. Louis, 20 ans, se présente au dispensaire de prophylaxie le 15 juin 1920, porteur d'un chancre induré en volet, datant de plusieurs semaines, et localisé sur le sillon balano-préputial du côté droit. Déjà il existe une roséole papuleuse, confluyente, d'apparition récente. Polyadénopathie caractéristique.

Le traitement est commencé le jour même, et le malade reçoit en juin-juillet 1920 : 4 gr. 25 de novar par voie intraveineuse. Revient en septembre 1920 porteur d'un chancre. Redux n'ayant pas suivi les conseils donnés, de suivre un traitement régulier.

Reçoit successivement en 1920 : 3 gr. de novar et un traitement pilulaire ; en 1921, 2 gr. 25 de novar, du sirop de Gibert, ne présente pas d'autres accidents et a deux réactions de B.-Wassermann négatives en juin et octobre 21 ; fin 21, il reçoit 4 gr. 05 de novar intraveineux.

En 1922 : 2 Bordet-Wassermann négatifs, en mars et en juin. Présente de l'intolérance au novar en novembre, et reçoit 15 injections de bismuth, et B.-Wassermann négatif en mars-juillet et octobre.

En 1924 : B.-Wassermann négatif en janvier-juin-juillet (après réactivation) et décembre.

Le 27 janvier 1925, revient avec, sur le repli préputial du

côté gauche (le premier accident siégeait à droite) un accident primitif typique, avec polyadénopathie inguinale gauche, caractérisée par un chancre érosif en plateau, nettement induré, suintant assez abondamment.

Le malade, qui a remarqué la lésion il y a une huitaine de jours, est très affirmatif sur le fait qu'il est resté un an sans rapports sexuels ; et qu'il n'a repris des relations féminines que depuis un mois et demi environ.

Frottis colorés au Fontana-Tribondeau révèle de nombreux tréponèmes.

Bordet-Wassermann fortement positif. Mis de suite au traitement le 29 janvier 1925. Est en outre prié de conduire au dispensaire sa partenaire qui est vue le 30 janvier 1925 ; et qu'on trouve porteuse de très nombreuses syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve, de syphilides arciformes de la joue, et dont la gorge est farcie de plaques muqueuses.

Elle confirme les dires de M. D..., en ce qui concerne la date de leurs rapports : ils s'étaient quittés le 25 janvier 1924, époque à laquelle elle n'avait encore rien présenté comme accidents. La première lésion vulvaire qu'elle remarque date de novembre 1924 ; en décembre, elle a la roséole et les accidents actuels ; c'est alors qu'elle reprend ses relations avec M. D... »

Aussi, certains cas sont indiscutables. Mais quel argument tangible apportent-ils ? Aucun. Quelles conséquences pratiques peut-on retirer de ces faits rares ? Aucunes. « De ce que certains sujets, placés dans des conditions déterminées, et par suite ont

été guéris de leur première infection, écrit Brocq, est-on en droit de conclure que tous les sujets placés dans des conditions identiques seront aussi radicalement guéris ? Logiquement, mathématiquement, oui ; mais pratiquement, médicalement, en aucune façon. Est-on sûr, en effet, que les conditions de réceptivité de terrain soient les mêmes ? Sait-on si le médicament agit de la même manière, avec la même puissance dans tous les cas ? Malheureusement les réponses à ces dernières questions ne sont pas douteuses : on ne saurait inférer à ces points de vue de ce qui se passe chez un sujet à ce qui se passe chez d'autres sujets ; toutes les nuances sont possibles, et les nuances ont ici une importance de premier ordre ».

Ces cas de réinfections sont donc rares, bien plus rares qu'on ne le croit habituellement. Certaines conditions doivent être réalisées, dit R. Bernard au Congrès de Bruxelles 1926, avant d'affirmer le diagnostic de réinfection :

1° La constatation des deux infections par le même médecin qualifié ;

2° La certitude du contact contaminant et de la période d'incubation ;

3° La constatation du tréponème dans l'exsudation séreuse du deuxième accident ;

4° Les caractères classiques des symptômes chancreux de cet accident ;

5° Et, éventuellement, l'apparition d'accidents secondaires dans les délais réguliers.

Toutes conditions en somme rarement réalisées, l'observation typique que nous avons rapporté constituant une exception.

Il est donc très difficile de poser le diagnostic de réinfection, et, pour Gougerot et R. Bernard, « il y a tous les degrés entre la réinoculabilité du syphilitique immunisé encore imparfaitement guéri (superinfection), et l'inoculabilité du syphilitique traité ancien ayant perdu l'immunité paraissant guéri (réinfection); la guérison absolue de la syphilis n'est nullement nécessaire pour rendre possible une réinfection » et R. Bernard écrit que chez les hérédos contractant un chancre, il s'agit surtout de superinfection; cependant, ils sont, pouvons-nous dire, dans le même cas qu'un syphilitique ancien et traité, et chez lequel n'ont évolué, depuis longtemps, aucun accident.

Actuellement, dit encore Bernard, nous ne savons pas au juste ce qu'est la réinfection par rapport au temps, à la guérison, à l'immunité. Nous ne savons pas où la réinfection cède le pas à la superinfection. Aussi serait-il sage de grouper les deux sous une seule dénomination des deux syndromes, qu'avec Mènes da Costa, on pourrait appeler : « Infectio syphilitica secunda », infection syphilitique seconde !

Par conséquent, pas plus que tous les tests que nous avons passé en revue jusqu'à présent, cette importante question des réinfections, autrefois considérée comme primordiale, ne plaide en faveur de la guérison de la syphilis.

L'ABSENCE DE CONTAGION FAMILIALE INTÉGRITÉ DU CONJOINT, HÉRÉDITÉ NORMALE NON ENTACHÉE DE SYPHILIS

Voilà, semble-t-il, un argument décisif ; on sait combien la maladie se transmet facilement, et combien fréquentes sont les syphilis familiales. Qu'un syphilitique ancien, qu'un malade sérieusement traité, qui présente une vie normale, n'infecte pas sa femme, si ses enfants sont normaux et indemnes d'hérédo-syphilis, il semble qu'on puisse alors admettre que la guérison avait été complète.

Or, il n'est pas rare qu'un individu ait une descendance intègre, que sa femme soit indemne de syphilis, et que, cependant, il présente tardivement une syphilis viscérale, le plus souvent aortique.

« Parfois même, on a vu des familles où les premiers enfants semblaient indemnes, et où l'hérédo-syphilis n'apparaissait qu'à la 3^e ou 4^e grossesse, par suite de récurrence du mari chez les procréateurs » (Gougerot).

Le mécanisme de la contamination de la femme par l'homme, peut, en partie, expliquer de tels faits en apparence paradoxaux.

La contamination directe, qui est habituelle dans la vie courante, est l'exception dans le mariage : le mari se savait syphilitique, s'était fait traiter, et ne se croyait plus contagieux lorsqu'il s'est marié.

Ordinairement, c'est par le sperme que se fait la contamination : Finger et Landsteiner en ont expérimentalement démontré la virulence, en obtenant chez le singe un chancre par inoculation du sperme d'un syphilitique secondaire. Marcel Pinard a trouvé des tréponèmes dans le liquide spermatique.

Or, la virulence présente des oscillations dans son intensité ; parfois même, elle sommeille. Nous avons vu qu'au cours de la vie d'un syphilitique, les réactions pouvaient présenter des variations, qu'au cours d'une période latente la réaction de Wassermann pouvait être négative, indice non de guérison, mais de la latence de l'infection ; qu'à d'autres moments, sous des influences diverses, et parfois sans cause apparente, la réaction devenait positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, que des accidents cliniques pouvaient survenir. De même, chez des malades qui ont été bien traités, peuvent se produire, par intermittence, des poussées septicémiques de tréponèmes, qui pourront dès lors atteindre le sperme, contaminer et le conjoint et la future descendance.

On n'admet plus actuellement la théorie de la syphilis conceptionnelle des classiques (Fournier et Diday) : ceux-ci estimaient que le spermatozoïde, parasité par le tréponème, contaminait l'ovule ; l'en-

fant naissait avec des stigmates d'hérédo-syphilis ; la mère, cliniquement indemne jusque-là (Loi de Colles-Baumès), et présentant une sérologie négative, se contaminait secondairement en allaitant son nourrisson.

De ces faits déjà anciens, nous devons rapprocher une récente observation de Tzanck au sujet d'une femme accouchée d'un hérédo et qui contracta la syphilis par transfusion sanguine, le père de l'enfant étant donneur.

La plupart des syphiligraphes, avec Carle (de Lyon), et Behrie, n'admettent plus la réalité de ces faits, et voici comment, pour les auteurs modernes, les choses se passent : la femme est infectée de manière peu virulente par la syphilis atténuée du mari traité autrefois ; il s'agit non pas de véritable septicémie ; mais au contraire de poussées intermittentes de l'agent pathogène qui contamine le sperme et de là la mère, tréponèmes peu virulents, mais qui cependant donnent lieu à un chancre génital de la femme, chancre petit, dissimulé, qui a passé inaperçu.

Donc, de la syphilis larvée du père dépend la syphilis de la mère qui, à son tour, donnera naissance à des produits stigmatisés.

Pourquoi l'infection se montre-t-elle si bénigne pour la femme ? On l'explique par l'atténuation du virus du mari sous l'influence du traitement et du recul du temps ; quant à la virulence chez l'em-

bryon, elle tient au peu de résistances des organismes jeunes.

Nous ne rapporterons pas d'exemple de ces cas lamentables, dans lesquels l'homme se croyait guéri, et sur le résultat des réactions de Wassermann répétées dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, et sur la foi de son médecin qui avait autorisé le mariage. Ils sont innombrables ; Milian, Chevalier, Gougerot, Morré, entre autres, en citent des cas nombreux et édifiants.

Ainsi, là encore, aucune certitude. Même s'il a bien été traité, un malade pourra présenter, ultérieurement, et à des périodes variables, des poussées qui non seulement pourront être chez lui le point de départ d'atteinte viscérale, aortite, hémorragie cérébrale, artérites, tabès, P. G. mais qui, encore, pourront contaminer sur conjoint et mettre en péril sa descendance.

QUE CONCLURE EN L'ABSENCE DE CRITÉRIUM ?

Guérit-on la syphilis ? C'est possible, mais l'absence de critère ne nous permet pas de l'affirmer ; par là même, il nous est permis d'en douter.

Le désaccord règne actuellement dans le corps médical : Certains proclament la guérison certaine d'un malade traité pendant un nombre d'années qui varie d'ailleurs avec leurs conceptions personnelles : ils établissent cette guérison sur l'absence d'accidents cliniques ultérieurs, et sur l'intégrité persistante des humeurs. Un malade bien traité pendant six années est considéré comme guéri par Milian. Vernes donne des délais plus hâtifs encore.

Pour d'autres auteurs moins optimistes, la guérison est possible, mais faute de preuves pour l'établir, il vaut mieux en douter, considérer le malade comme non guéri au sens biologique du mot, et le mettre à l'abri d'accidents ultérieurs.

Gougerot a tenté d'accorder les deux opinions, et veut donner raison à l'un et l'autre ; en réalité il n'y parvient pas ; et ne donne-t-il pas raison aux sceptiques, lorsqu'il écrit : « Parmi les milliers de

malades bien traités existe de temps en temps une exception de récidence ou de transmission d'hérédosyphilis. Or comme nous ne pouvons pas, faute de critère absolu, affirmer à tel malade qu'il ne sera pas plus tard cette exception, nous ne pouvons que parler de guérison pratique ; je veux dire par là que les malades bien traités ont toutes les chances d'échapper aux récurrences précoces ou lointaines et que tout au moins ces récurrences exceptionnelles sont bénignes, vite enrayées par un diagnostic hâtif. En raison de ces exceptions on ne peut pas promettre la guérison « absolue », définitive, dispensant le malade des traitements de consolidation et d'assurance contre la maladie et de la surveillance médicale. Ce malade qui a suivi nos conseils et qui nous consulte sur cette question de la guérison de la syphilis, a les plus grandes chances d'être dans les milliers qui sont complètement guéris ; mais notre devoir est de le traiter et de le surveiller comme s'il était l'exception. »

Les adversaires de la thèse de la non guérison ne nous donnent-ils pas eux-mêmes de solides arguments ? « A ces faits, qu'opposent nos contradicteurs ? Uniquement des arguments de sentiment : si on dit au malade que la syphilis ne guérit pas, il se laissera aller au désespoir et ne se soignera plus ; si on dit au médecin que la syphilis ne guérit pas, il ne la traitera plus. On ne peut condamner un malade à un traitement indéfini ; mais il faut le surveiller et reprendre son traitement à la première

alerte, disent ceux qui affirment le plus haut la curabilité de la syphilis. N'avouent-ils pas implicitement qu'ils n'ont guère confiance dans la guérison qu'ils proclament, en affirmant la nécessité de cette surveillance, qui implique la répétition des Wassermann, des réactivations, des ponctions lombaires ? Je trouve quelque contradiction à affirmer, d'une part, la guérison d'un malade et à infliger, d'autre part, à ce syphilitique guéri Wassermann et ponctions lombaires à répétition. Bien plus, si ce sujet « guéri » par un traitement correct veut se marier, il lui faudra se soumettre à de nouvelles épreuves, subir un traitement de prudence ; si sa femme devient enceinte, on la traitera pendant toute sa grossesse ; si elle a un enfant, celui-ci sera suspect d'hérédo-syphilis, et tous les troubles d'enfance et d'adolescence de ce produit d'un syphilitique guéri seront rattachés à l'hérédo-syphilis ! Que serait-ce si le père n'était pas guéri ? » (Ch. Flandin).

Il nous semble donc que la cause est entendue, et nous concluerons qu'on ne guérit pas de la syphilis, « voulant dire par là que le tréponème, ayant pénétré dans l'organisme, y demeure et ne peut en être chassé définitivement. Il se comporte comme l'hématozoaire du paludisme, comme l'amibe dysentérique, qui peuvent sommeiller des années sans se manifester par aucun trouble, et déclancher brusquement des accidents aigus » (Ch. Flandin).

L'ATTITUDE DU MÉDECIN AUPRÈS DU MALADE

Convaincu de l'impossibilité d'obtenir la guérison certaine de la syphilis, quelle doit être l'attitude du médecin auprès du malade ? Comment lui faire envisager son avenir, que répondre, enfin, à un individu qui a eu la syphilis et qui, soucieux de sa propre santé et de celle des siens, vient solliciter un conseil ?

Faut-il lui dire qu'il est très probablement infecté pour toute sa vie, qu'il devra se soumettre à une thérapeutique « *quoad vitam* », s'il veut éviter la possibilité d'accidents ? Ne semble-t-il pas qu'en agissant ainsi l'on crée à volonté des syphiliphobies et des syphilomanies ?

Ou bien faut-il, après avoir traité le malade pendant un certain nombre d'années, lui déclarer qu'il est guéri, tout en l'astreignant à la surveillance médicale ?

Eh bien, ce que nous savons de la psychologie du malade nous permet d'augurer ceci : dès que le mot guérison aura été prononcé par le médecin, la grande majorité des malades ne voudra plus se soumettre à un contrôle médical fastidieux et onéreux ; et

qu'une poussée ultérieure se produise, et l'on verra survenir nombre d'accidents syphilitiques. N'observe-t-on pas très fréquemment, chez des malades qui ont été autrefois correctement traités, auxquels la guérison avait été affirmée, des signes d'atteinte viscérale, et particulièrement d'aortite ?

Il semble donc préférable de ne pas cacher la vérité au malade ; sans être pessimiste, il faut patiemment lui expliquer qu'il est atteint d'une maladie dangereuse à la fois pour lui et sa famille, que cette affection nécessite un traitement intense qui durera plusieurs années ; qu'à la suite de ce traitement d'attaque, toute éventualité d'accident syphilitique est enrayé ; mais qu'il devra nécessairement rester sous la surveillance médicale ; que si nous sommes puissamment armé contre la maladie, et il faut insister sur ce point, si nous pouvons nous rendre rapidement maître de la plupart des lésions syphilitiques par les moyens de la thérapeutique, de même nous pouvons prévenir ces accidents par un traitement convenablement institué et espacé.

Ainsi le malade, ayant compris les avantages qu'il en retirera, se soumettra plus volontiers au contrôle médical, et l'on réunira ainsi le maximum de chances de ne pas voir évoluer sur ce terrain en apparence « guéri », mais en réalité probablement resté « parasité », des accidents ultérieurs.

Ch. Flandin n'a jamais observé de découragement chez les malades auxquels il a tenu ce langage, et il conclut : « Combien serions nous heureux si, en

face de toute maladie, nous pouvions affirmer qu'au prix d'un traitement répété tous les trois, quatre ou six mois, pendant le reste de l'existence, nous donnons l'assurance d'une immunité définitive ! »

Que conseiller, enfin, au malade qui vient demander à son médecin l'autorisation de contracter un mariage ? A quel moment et à quelles conditions pourra-t-il lui permettre cette union ?

Le maximum de bonnes conditions doit être requis ; la question est primordiale, non seulement du fait de l'intérêt personnel du malade, et des dangers auxquels il reste exposé si le traitement ne l'a pas suffisamment « blanchi », mais aussi au point de vue prophylactique. Empêcher la contagion, prémunir le conjoint, assurer une descendance normale et non entachée d'hérédité syphilitique, tel doit être avant tout le rôle du médecin en ce qui concerne cette grave question du mariage des syphilitiques.

Certains auteurs, considérant l'impossibilité d'affirmer la guérison de la syphilis, considérant les récidives tardives si fréquentes, la stigmatisation des enfants tandis que le procréateur paraît cliniquement indemne, ont été jusqu'à nier la possibilité de permettre le mariage aux syphilitiques. Pour eux, le rôle du médecin se réduit à démontrer au candidat les risques qu'il court et fait courir ; à lui de décider si oui ou non il contractera cette union : ainsi pensent Mibelli, Bodin, Beurmann.

En réalité, de nos jours, le cercle des idées s'est très considérablement élargi, sans doute du fait de

la puissance de la thérapeutique. Peu de syphili-graphes se montrent actuellement intransigeants, et la plupart permettent le mariage. Seuls varient les délais et les modalités du traitement, justement dit de « consolidation et d'assurance contre la maladie » (Gougerot).

D'une façon générale, il est maintenant admis que la contagion ne dépasse pas une année quand le malade a été bien traité dès la période primaire, et que la sérologie n'est pas devenue positive ; il est classique, en effet, de ne pas observer chez ce malade l'apparition des accidents secondaires. Commencé en pleine période secondaire, cette époque essentiellement dangereuse ne dépasse pas deux années.

Nous avons vu ce qu'il convenait de penser de la syphilis conceptionnelle ; qu'il fallait faire la juste part des choses, et rechercher chez le procréateur une syphilis latente, peu évolutive, peu active, mais qui suffit pour contaminer et le conjoint et surtout la descendance.

Mais il est une détermination à faire : on s'est toujours longuement occupé, dans cette question du mariage, du candidat, mais peu de la candidate ; or, le gros danger en cette affaire, c'est la syphilis maternelle ; c'est là, surtout, qu'il conviendra d'agir prudemment, qu'il faudra réunir un faisceau de probabilités extrêmement grandes pour permettre le mariage d'une femme qui a été contaminée.

En effet, un homme, nous l'avons vu, atteint de

syphilis ancienne, bien traitée, est susceptible d'infecter, à un moment donné, sa femme, et de là sa descendance ; mais il ne l'infecte pas à coup sûr ; il faudra pour cela certaines conditions : des contacts répétés, une exaltation de la virulence, une poussée septicémique, une pullulation, sous une cause variable, de ses treponèmes jusqu'alors engourdis. Mais cette poussée peut fort bien ne pas se produire, et le conjoint passer au travers de la contagion.

Au contraire, toute femme syphilitique et insuffisamment « blanchie » engendre fatalement des produits stigmatisés : fausses-couches, naissances avant terme, macération fœtale, polyléthalité infantile, etc..., autant d'accidents auxquels est exposé le produit d'une mère infectée, dont les lésions sont encore en activité.

Quand et comment permettre le mariage avec un maximum de bonnes chances ?

Un facteur d'une importance énorme est constitué par le temps : on sait déjà que, bien souvent, la virulence de l'infection s'atténue spontanément avec l'éloignement du moment de la contamination ; plus une syphilis est ancienne et, naturellement, plus une syphilis traitée est vieille, plus de bonnes conditions sont réunies. Et des délais variables ont été proposés par les différents auteurs, et qui varient entre trois et cinq années pour la plupart ; les allemands ont, au contraire, tendance à augmenter ce temps, et Herxheimer exige dix années ;

les anglais, par contre, réduisent notablement cette période et demandent 18 mois à 2 ans.

Fournier, partisan convaincu du mariage dessyphilitiques, l'autorisait lorsque cinq conditions indispensables étaient obtenues :

1° Absence d'accidents actuels ;

2° Age avancé de la maladie ;

3° Certaine période d'immunité consécutivement aux dernières manifestations syphilitiques ;

4° Caractère non menaçant de la maladie ;

5° Traitement spécifique suffisant ;

En 1919, Montlaur dans sa thèse, reprenant les idées de Fournier, concluait qu'il n'y avait rien à y ajouter ou à y retrancher.

En réalité, chaque malade est un cas particulier, et il faudra, pour la plupart des syphiligraphes, avant de l'autoriser au mariage, que le candidat ou la candidate réunisse certaines conditions cliniques et biologiques.

Cliniquement, on exigera la disparition de toute lésion contagieuse. L'atteinte viscérale (foie, reins, appareil circulatoire), pourra constituer, dans certains cas, une contre-indication ; en tous cas, leur atteinte doit être palliée par un traitement bien conduit et prolongé.

Au point de vue biologique, on cherchera à obtenir la négativité de la séro-réaction ; nous avons vu combien ce critère était décevant ; néanmoins les diverses réactions combinées amèneront une grosse probabilité dont il faut bien nous contenter dans

l'état actuel de la science. Nous avons d'ailleurs montré que la sérologie donne des résultats que l'on peut considérer comme certains en ce qui concerne la positivité, mais qu'elle était infiniment plus suspecte en matière de négativité, de guérison en l'absence de syphilis.

Toutes les fois que cela sera possible, on pratiquera une ponction lombaire ; elle n'est pas obligatoire, et n'est indispensable que lorsqu'on soupçonne une atteinte du système nerveux ; encore faut-il surtout tenir compte de l'atteinte tardive, survenant quatre ou cinq ans après la contagion.

Ces examens fourniront de bons indices, mais, répétons-le, il n'y a pas de critérium de guérison, et permettre le mariage d'un syphilitique incombe une grosse responsabilité.

Quels délais faut-il imposer ?

Pour la plupart des syphiligraphes, pour un sujet traité dès la période primaire, avant l'apparition des réactions sérologiques, la période de traitement est d'environ d'une année ; y rajouter une période de surveillance d'également un an, soit en tout deux années pour permettre à l'individu de se marier.

Dès que la sérologie est devenue positive, et le traitement commencé en période secondaire, les délais exigés deviennent beaucoup plus longs : deux ans de traitement, en variant la médication ; si, au bout de cette période la sérologie est redevenue négative, si la ponction lombaire est normale, on commence alors une période de surveillance de

deux années également, pendant lesquelles on pratiquera régulièrement les séro-réactions, et une ou deux réactivations. Si au bout de quatre années en tout, le résultat est satisfaisant, on permettra le mariage.

Plus rarement il arrive que les séro-réactions restent irréductibles dans le sang, tandis que la ponction lombaire est normale : là encore, le mariage peut être autorisé, à la seule condition qu'il se soit écoulé cinq années de traitement intensif, et à la condition qu'il s'agisse d'un homme ; les cas sont en effet fréquents, dans lesquels le mari a gardé un Bordet-Wassermann positif ou partiellement positif, tandis que la femme reste indemne et les enfants normaux ; il va sans dire que ce malade devra s'engager à rester sous la surveillance médicale, et à subir un traitement discontinu, condition *sine qua non* pour lui autoriser le mariage ; qu'enfin la femme devra être traitée si elle devient enceinte.

Mais d'une manière générale il appert ceci : c'est qu'en l'absence de critérium certain de guérison de la syphilis, il faut continuer indéfiniment à traiter les malades ; ceci ne veut pas dire qu'on les soumettra à un traitement ininterrompu ; loin de là ; ayant éduqué le malade, lui ayant fait comprendre pourquoi une thérapeutique si prolongée lui est proposée, on lui fera un traitement discontinu en variant le médicament ; Flandin qui traite ainsi ses malades écrit : « Aucun des syphilitiques dont j'ai entrepris le traitement à quelque période que ce soit, et que

je continue à suivre, n'a eu de retour offensif de son affection. J'ai autorisé, souvent de façon relativement précoce, le mariage des syphilitiques dont je connaissais la conscience pour la continuation du traitement; je n'ai pas observé de contamination conjugale, et j'ai vu naître et se développer des enfants chez qui l'examen le plus attentif ne permet de découvrir aucun signe d'hérédo-syphilis. Par contre, j'ai vu des malades abandonner tout traitement sur la foi de collègues optimistes, et me revenir avec des lésions prouvant que ma conduite était la bonne ».

Ainsi on aura réalisé le maximum des chances, et on entretiendra, si on ne guérit pas biologiquement le malade, un état de stabilité qui réalisera ce que recherche avant tout le médecin, c'est-à-dire :

- 1^o Arrêter l'évolution cutanée et viscérale ;
- 2^o Obtenir la non contagiosité ;
- 3^o Obtenir la non transmissibilité héréditaire.

L'expérience a montré que le traitement bien conduit et continué à intervalles convenables réunit ce triple but ; actuellement, c'est là tout ce que le médecin peut espérer obtenir. Mais n'est-ce pas un résultat merveilleux que de tenir la maladie en main, et, si l'on n'a pu la vaincre, que la juguler et en empêcher les manifestations ?

CONCLUSIONS

I. La clinique est impuissante à affirmer la guérison de la syphilis. Le fait qu'aucun accident n'est observé signifie peut-être guérison, mais peut traduire aussi, et traduit très souvent le sommeil de l'infection qu'une cause variable pourra tôt ou tard réveiller.

II. Les examens de laboratoire ne fournissent que des critères imparfaits ; ils secondent utilement la clinique, mais leur technique est difficile, leurs résultats incertains ; on ne saurait s'y fier aveuglement.

III. Les cas de réinfection indubitables publiés ne prouvent rien : de faits isolés et rares, on ne saurait tirer des conclusions d'ordre général.

IV. Pas même l'absence de contagion familiale et l'hérédité normale d'un individu ne prouvent sa guérison ; ultérieurement, et sous diverses causes, l'infection latente peut subir une poussée ; c'est ainsi que, parmi les enfants issus d'un même père taré, certains pourront être normaux, d'autres stigmatisés.

V. Il n'y a donc pas de criterium de guérison. Et si l'on peut dire que la thérapeutique moderne jugule les manifestations de la syphilis, par contre il est impossible d'affirmer qu'elle est capable de la guérir au sens biologique du mot. Le sujet doit être considéré, sinon comme un malade, du moins comme un infecté, et devra être traité de façon intermittente mais indéfiniment prolongée.

Vu : le Président de la thèse,
CH. ACHARD

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Antoni.* — Le diagnostic de la Syphilis par l'Examen du sang (Derm. Woch., t. 83, n° 29, 17 juillet 1926).
- Bouquet (Henri).* — Une recrudescence de la Syphilis (Monde médical, 15 mars-1^{er} avril 1926).
- La Syphiliphobie (Monde médical, 1^{er} août 1927).
- Le certificat prénuptial (Monde médical, 15 mars 1928).
- Brin et Legrain.* — Le traitement préventif de la Syphilis. (Monde médical, 15 août 1928).
- Chevallier (M. P.).* — Les Syphilis évolutives avec Wassermann négatif (L'Hôpital, avril 1928).
- Delalande.* — Roséoles de retour et Roséoles retardées (Paris Médical, 5 mars 1927).
- Ecalte et Thébaud.* — La transmission héréditaire de la Syphilis latente (Journal Médical, 1923, p. 22).
- Fernet (P.).* — La syphilis acquise de l'enfant (Paris médical, 5 mars 1927).
- Flandin (Ch.).* — Localisations familiales électives de la Syphilis (Bulletin et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 19 février 1926, p. 243).
- Guérit-on la Syphilis ? (Bulletin Médical, 3-6 nov. 1926).
- Gougerot.* — Chancres syphilitiques retardés spontanément ou par traitement anti-syphilitique (Soc. franç. de Dermat. et syphil. Séance du 8 juillet 1926, nov. 1926, p. 587).
- Syphilis viscérales éveillées par une infection aiguë. Processus aigu mixte puis processus chronique mixte ou syphilitique (Paris Méd., 5 mars 1927, p. 222).
- Les accidents des injections musculaires anti-syphilitiques (Journal des Praticiens, n° 24).

- La syphilis guérit-elle ? (Journ. des Praticiens, 4 juin 1927).
- Gougerot*. — Traitement d'attaque, de consolidation, d'assurance contre la maladie (Bull. gén. de Thérap., août, 1926, janv. 1927, avril 1927).
- Gougerot* et *Peyre*. — Protéino-pronostic de la syphilis par intra-dermoréaction de protéines non spécifiques (Monde méd., 1^{er} déc. 1927).
- Protéino-pronostic de la syphilis (Monde méd., 1^{er} fév. 1928).
- Hutinel* (V.). — Les seuils infranchissables de l'hérédosyphilis (Monde méd., 15 déc. 1925)
- Hutinel* (V.) et *Nadal* (L.). — Les réveils de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aiguës banales ou spécifiques (Paris méd., 6 déc. 1919, n° 49).
- Jeannin*. — Les causes de l'avortement spontané (Journal des Praticiens).
- Jeanselme*. — La syphilis, son aspect pathologique et social.
- Krefting*. — La réactivation de la réaction de Wassermann par l'injection provocatrice de salvarsan (Paris méd., 31 janv. 1925).
- Louste*, *Thibaut* et *Mlle Tisserand*. — Ictère contemporain d'un chancre syphilitique (Soc. franç. Dermato. et syphil., nov. 1926, p. 592).
- Mariani* (G.). — La question sexuelle (Soc. An. Institute Edit. Scientifica Milano, 1926. Analyse in Revue française Derm. et Syphil., nov. 1926, p. 587).
- Milian*. — Le désordre dans la thérapeutique antisypilitique (Paris méd., 6 mars 1926).
- Le Mariage des syphilitiques (Revue franç. de Derm. et Vén., 11 déc. 1926, p. 611, janv. 1927).
- Valeur pratique de la réaction de Bordet-Wassermann (Paris méd., 14 mai 1927).
- Nicolas* (J.) et *Gaté*. — La Sérologie a-t-elle transformé le problème du diagnostic et du traitement de la syphilis (Monde méd. 1^{er} sept. 1929).
- Procès-verbaux et Séances du III^e Congrès de Dermatologie et Syphiligraphie de langue française (Bruxelles, 1926).
- Petges* et *Lenard*. — Un cas de réinfection syphilitique incontestable (Ann. Dermat. et Syphil., t. IV. 1925, p. 542).

Riser. — A propos de la réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann (Paris méd., 31 janv. 1925).

Renault (A.). — L'avenir des Syphilitiques (Mondeméd., 1^{er} nov. 1927).

Waucomont (R.). — La Syphilis nerveuse tardive. Ses causes, son traitement (Liège méd., n^o 46, 6 déc. 1925).

